رویش روان شناسی، سال۱۰ ، شماره۹، شماره پیاپی ۶۶، آذر ۱۴۰۰
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),10(9), 2021

پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به اختلال یادگیری ویژه براساس میزان کمال‌طلبی و امید به زندگی آنان

Predicting the psychological well-being of mothers of children with special learning disabilities based on their level of perfectionism and life hope

نرگس پورطالب
دکتری تخصصی روانشناسی تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.
سکینه پورطالب
کارشناسی ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنائی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
سعید آرمون (نویسنده مسئول)
دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

Narges Pourtaleb
Ph.D. in Educational Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.
Sakine Pourtaleb
M.A. in Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran.
Saeed Armun *
Ph.D. student in Educational Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.
armoon.saeed@yahoo.com

چکیده

پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان دارای اختلال یادگیری ویژه براساس میزان کمال‌طلبی و امید به زندگی آنان در شهرستان بناب انجام یافته است. پژوهش حاضر از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را مادران کودکان دارای اختلال یادگیری ویژه تشکیل می‌دادند و نمونه پژوهش شامل ۸۰ نفر از مادران بودند که به وسیله روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه امید به زندگی اشنایدر (SHQ)، مقیاس چند بعدی کمال‌طلبی(MPS) و مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف (RPWBS) استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها، آزمون معنی‌داری ضریب همبستگی و تحلیل رگرسیون گام به گام مورد استفاده قرار گرفتند. نتایج پژوهش نشان داد، امید به زندگی رابطه مستقیم و معناداری با بهزیستی روان‌شناختی و کمال‌طلبی‌خودمدار، رابطه معکوس معناداری با بهزیستی روان‌شناختی دارند (P<۰/۰۱). همچنین نتایج تحلیل رگرسیون خطی نشان داد که کمال‌طلبی‌خودمدار و امید به زندگی ۴۴٪ واریانس مربوط به بهزیستی روان‌شناختی را تبیین می‌کنند. یافته‌های پژوهش حاضر می‌توانند، راه‌گشای تحقیقات بیشتر، در خصوص بررسی نقش سازه‌های شخصیتی و روان‌شناختی بر بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان دارای نیازهای ویژه در آینده باشند.

واژه‌های کلیدی: *اختلال‌یادگیری‌ویژه، امید به زندگی، بهزیستی روان‌شناختی، کمال‌طلبی*

Abstract

The aim of this study was to predict the psychological well-being of mothers of children with special learning disabilities based on their perfectionism and life hope in Bonab. The present study was a correlational study. The statistical population of the present study consisted of mothers of children with special learning disabilities and the research sample consisted of 80 mothers who were selected by convenience sampling. Snyder's Hope Questionnaire (SHQ), Multidimensional Perfectionism Scale (MPS), and Reef Psychological Well-Being Scale (RPWBS) were used to collect data. For data analysis, correlation coefficient significance test and stepwise regression analysis were used. The results indicate that life hope has a direct and significant relationship with psychological well-being and self-centered perfectionism, has a significant inverse relationship with psychological well-being (P<0.01). The results of linear regression analysis also showed that self-centered perfectionism and life hope are 44% of the variance related to psychological well-being. The findings of the present study can pave the way for further research on the role of personality and psychological structures on the psychological well-being of mothers of children with special needs in the future.

Keywords: *Specific learning disability, life Hope, Psychological well-being, Perfectionism*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت :** فروردین ۱۴۰۰ | **پذیرش:** اردیبهشت ۱۴۰۰ | **ویرایش نهایی :** آذر ۱۴۰۰

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.3.9]

مقدمه

گروهی از کودکان و نوجوانان که حوزه مطالعاتی مورد علاقه روان‌شناسان تربیتی هستند، دانش‌آموزان دارای اختلالات یادگیری ویژه می‌باشند. طبق ملاک‌های ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی[۱]، اختلال یادگیری ویژه[۲] اختلالی عصب-تحولی[۳] است که به‌صورت مداوم[۴] یادگیری درسی[۵] را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در توصیف و طبقه‌بندی جدید به‌جای مطرح کردن اختلال در حوزه‌های ویژه مانند اختلال‌های خواندن،[۶] ریاضیات[۷] و بیان نوشتاری،[۸] این اختلال به‌صورت طبقه کلی[۹] و معیار تشخیصی واحد،[۱۰] معرفی شده است و بر عملکرد کلی تحصیلی[۱۱] و ارائه خدمات آموزشی مناسب تمرکز می‌کند. افزون بر این، در رویکرد جدید، مؤلفه‌ی سنتی معیار تشخیصی ناهماهنگی بین بهره هوشی- پیشرفت تحصیلی[۱۲] حذف شده است و به‌جای آن بر رشد شخصی،[۱۳] خانواده و سوابق تحصیلی[۱۴] از قبیل نمرات تحصیلی، پاسخ به مداخله های تحصیلی[۱۵] و مشاهده معلمان تأکید می‌کند (هالاهان، کافمن و پولین،[۱۶] نقل از نعمتی و تقی‌پور، ۱۳۹۷؛ پورطالب، ۱۳۹۹). این اختلال علاوه بر پیامدهای منفی در پیشرفت تحصیلی، سایر ابعاد زندگی فرد و اطرافیانش را تحت تأثیر قرار می‌دهد (پورطالب، ۱۳۹۹).

شواهدی وجود دارد که اگرچه تولد کودک با نیازهای ویژه عملکرد خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ اما برخی ویژگی‌ها از جمله دریافت حمایت از سوی خانواده گسترده، در دسترس بودن خدمات، مشارکت خانواده و مشاور مدرسه و نوع معنا کردن ناتوانی، به نوعی بر تاب‌آوری خانواده‌ها تأثیر می‌گذارد (نعمتی، مهدی‌پور و غباری بناب، ۱۳۹۵). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که رضایت زناشویی، تاب‌آوری و سلامت روان والدین دانش‌آموزان کودکان دارای اختلال یادگیری، کمتر از والدین عادی است. در این میان بهزیستی روان‌شناختی نقش تعیین‌کننده‌ای در تعدیل متغیرهای روان شناختی منفی دارد (میکائیلی، گنجی و طالبی، ۱۳۹۱).

بهزیستی روان‌شناختی مفهومی فراتر از رهایی از استرس و نداشتن مشکلات روانی دیگر است. بهزیستی روان‌شناختی بصورت درک مثبت از خود، روابط مثبت با دیگران، تسلط محیطی، استقلال، داشتن هدف در زندگی و تمایل به رشد و توسعه‌ی سلامتی تعریف می‌شود. برای شرح بهزیستی، دو دیدگاه متفاوت در ادبیات دیده می‌شود. اول مفهوم هدونیسم[۱۷] و دیگری عملکرد روان‌شناختی[۱۸] است. دیدگاه هدونیستی، بهزیستی را رضایت و خوشبختی تعریف می‌کند. معیار اصلی برای مفهومی‌سازی چشم‌انداز هدونیستی، ارزیابی زندگی فرد با توجه به مجموعه‌ای از ارزش‌ها و معیارهایی است که وی تعیین می‌کند. چشم‌انداز عملکرد روان‌شناختی، بهزیستی را مبتنی بر درک خود و عملکرد کامل تعریف می‌کند (ساریجا اوغلی و آرسلان،[۱۹] ۲۰۱۳).

مطالعاتی که در مورد تأثیر تولد یک کودک مبتلا به ناتوانی برخانواده، انجام گرفته نشان می‌دهد که مادران سطوح بالایی از فشار روانی، نشانگان افسردگی و از هم گسیختگی خانواده را تجربه می‌کنند. همچنین سلامت جسمی و خلقیات سطح پایین دارند؛ که در پی این شرایط بهزیستی روان‌شناختی آن‌ها کاهش می‌یابد. بر این اساس داشتن فرزند کم‌توان می‌تواند با ایجاد تنیدگی به کاهش بهزیستی

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5
2. specific learning disabilities
3. neurodevelopmental disorder
4. maintained
5. academic learning
6. reading disability
7. math disorder
8. written expression
9. broad category
1 . single diagnosis 0
1 . general academic performance 1
1 . IQ-achievement discrepancy 2
1 . individual's development 3
1 . educational history 4
1 . responsiveness to academic interventions 5
1 Hallahan, Kaufman and Pauline 6
1 . Hedonism 7
1 . psychological functionality 8
1 . Saricaoglu & Arslan 9

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.3.9]

روان‌شناختی بینجامد (تمنایی‌فر و قیاسی، ۱۳۹۷). بانگا و گووش[1](۲۰۱۷) در مطالعه‌ای نشان دادند که مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال یادگیری، به طور قابل توجهی سطح پایین بهزیستی روانشناختی را پیش‌بینی کرده و به مراقبت بیشتر برای بهبودی نیاز دارند.

بهزیستی روانی نیز در این میان نوعی وضعیت ذهنی است که با شماری از متغیرهای درونی و بیرونی در ارتباط است که می‌تواند از فقدان بیماری تا احساس رضایت و لذت بردن از زندگی را در بر گیرد. اهمیت پرداختن به بهزیستی و سلامت روان در مطالعات گوناگون نشان داده شده است. بدین گونه که افراد راضی و خشنود، هیجانات مثبت بیشتری را تجربه می‌کنند و از رویدادهای پیرامون خود ارزیابی‌های مثبت‌تری دارند. البته شرایط بهزیستی تحت تأثیر ویژگی‌های شخصیتی افراد نیز قرار می‌گیرد (قاسمی، کجباف و ربیعی، ۱۳۹۰).

ویژگی‌های شخصیتی برای یک شخص در طول زمان معمولاً ثابت و بین افراد مختلف متفاوت هستند و زیربنای رفتار افراد را تشکیل می‌دهند. مطالعات مختلف نشان داده است که ویژگی‌های شخصیتی متأثر از عوامل ژنتیکی هستند (جان، روبین و پروین،[2] ۲۰۱۰). کمال‌طلبی یکی از ویژگی‌های شخصیتی است که با تلاش برای تنظیم استانداردهای بسیار بالا برای عملکرد خود و همچنین با گرایش به ارزیابی بیش از حد انتقادی از رفتار، مشخص می‌شود (استوبر، اتو و پسچک، بکر و استول،[3] ۲۰۰۷). کمال‌طلبی برای اولین بار به‌عنوان سازه‌ای تک‌بعدی توسط برنز مطرح گردید (جمشیدی، رزمی، حقیقت و سامانی، ۱۳۸۷). سپس هولندر کمال طلبی را به‌صورت داشتن انتظاری بیش از حد مورد نیاز از خود یا دیگران در موقعیتی خاص، تعریف کرد (هولندر،[4] ۱۹۷۸). کمی پس از آن برن[5](۱۹۸۰) بیان کرد که کمال طلبی، شبکه‌ای از شناخت‌ها است که شامل انتظارات، تحلیل وقایع و ارزیابی خود و دیگران است. هماچک[6](۱۹۷۸) بیان کرده است کمال‌طلبی بهنجار از تلاش و رقابت برای برتری و کمال لذت می‌برد و درعین‌حال محدودیت‌های شخصی را به رسمیت می‌شناسد اما کمال‌طلبی نوروتیک به دلیل انتظارات غیرواقع‌بینانه هرگز از عملکرد خود خشنود نخواهد شد و از منظر خود هرگز کاری را خوب انجام نمی‌دهد که بتواند از آن لذت ببرد. در نتیجه این افراد ناشکیبا و بی‌نهایت خود انتقادگر هستند. کمال‌طلبان نابهنجار با ترس از شکست، برانگیخته می‌شوند و درنتیجه در خصوص دست‌یابی به اهداف سطح بالا و غیرواقع‌بینانه تقریبا همیشه نگران هستند (کریمی‌زاده، مهنام، یزدچی و بشارت، ۱۳۹۲). این افراد هر چقدر هم که به موفقیت رسیده باشند، احساس می‌کنند که می‌توانستند بهتر عمل کنند و باید بهتر عمل می‌کردند، به همین دلیل در مورد عدم موفقیت خود احساس شرم و گناه می‌کنند (استوبر، هریس و مون،[7] ۲۰۰۷). کمال‌طلبی دیگرمدار با مشخصه‌های منفی، شامل دیگر سرزنش‌گری، اقتدارگرایی و سلطه‌جویی، ویژگی‌های شخصیت نمایشی، خودشیفته و ضداجتماعی همبستگی دارد. کمال‌طلبی جامعه‌مدار با نیاز به تأیید دیگران، ترس از ارزشیابی منفی، منبع کنترل بیرونی، بیش تعمیم‌دهی شکست، خودانتقادگری، خودسرزنش‌گری و دیگر سرزنش‌گری، ناهمسازی روان‌شناختی و ویژگی‌های شخصیت مرزی، اسکیزوتایپ، اجتنابی، اسکیزوئید و پرخاشگری نافعال و همچنین با افسردگی، اضطراب و نورزگرایی مرتبط است موئاتو، نیلکا، وست و ریس[8](۲۰۱۹)، به‌طور خاص، در پژوهشی بر روی دانشجویان فارغ‌التحصیل مشخص شده است که همبستگی معنادار بین کمال طلبی در دختران و مادران و نه دختران و پدران وجود دارد. یافته‌های پژوهشی، بیانگر پیامدهای آسیب‌شناختی کمال‌طلبی شامل نومیدی اجتناب‌ناپذیر از رعایت تام و تمام استانداردها، خود انتقادگری، آسیب‌پذیری نسبت به شکست، افزایش خطر افسردگی و خودکشی بوده‌اند (بشارت، محمدی، تهرانی و حاتمی، ۱۳۸۸). در پژوهش کریستین، بریجز، هانت، اوریتز و همکاران[9](۲۰۲۱) نتایج بیانگر آن بود که کمال‌طلبی بالاترین ارتباط مربوط به اختلال وسواس فکری عملی، اضطراب، اختلال خوردن و انواع مختلف آسیب‌های روانی را دارا می‌باشد. در حقیقت کمال طلبی باعث تضعیف مهارت حل مسئله در فرد می‌شود. هم‌چنین سبب می‌شود که فرد به طور دایم تجربه‌های خود را به شکل منفی و نادرست ارزیابی کرده و پیامدهای نگران‌کننده‌ای را برای مشکلات خود در نظر بگیرد در واقع ناامیدی فرد از توان کامل بودن موجب نگرانی بیش از حد می شود. (طاهری، ۱۳۹۱).

1. Banga & ghosh
2. John, Robins, & Pervin
3. Stoeber, Otto, Pescheck, Becker, &Stoll
4. Hollender
5. Burn
6. Hamachek
7. Moate, Gnilka, West, & Rice
8. Stoeber, Harrise, & Moon

1. Christian, Bridges, Hunt, Ortiz & et all

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.3.9]

امید بـه عنـوان یـک ویژگـی روان‌شناختی اساسی در زندگی انسـان و متغیری مرتبط با کمال‌طلبی، یـک نیروی شفابخش و مروج زندگی بهتر در نظـر گرفتـه شده است. امید رسیدن بـه حـالتی اسـت کـه بـه فـرد اجازه مـی‌دهـد بـه شـرایط جدیـد و یـا آشـفته پاسـخ مناسب ارایه دهد. امید به زندگی، فرایند تفکر درباره اهداف شخصی توام با انگیزش برای حرکت به سمت این اهداف و راه‌هایی برای پیشبرد این اهداف تعریف شده است. تحقیقات نشان می‌دهند که سطوح بالای امید به زندگی با سلامت جسمانی و روان شناختی، خودارزشی بالا، تفکر مثبت و روابط اجتماعی فوق‌العاده رابطه مستقیمی دارد. همچنین در پژوهشی دیگر با عنوان نقش واسطه‌ای امید در ارتباط بین کمال‌طلبی افسردگی بر روی دانشجویان نشان داده شد که امید در ارتباط بین کمال‌طلبی سازگار و ناسازگار و افسردگی، نقش میانجی‌گری دارد (خسروی، حسین زاده، شجاعی و صادقی، ۱۳۹۸). جورج[1](۲۰۱۰) در پژوهشی تحت عنوان احساس ذهنی بهزیستی در اوخر عمر، نشان داد که رضایت از زندگی می‌تواند سبب افزایش شادی و امید در سال های آخر عمر باشد (خسروشاهی و هاشمی، ۱۳۹۰). مـادران دارای کودک ناتوان، طیف گسترده‌ای از هیجانات مانند؛ خشـم، غمگینـی، ناامیدی، گریـه و سـوگ را نشـان خواهنـد داد. ایـن مادران با چالش‌های بسیار روبرو هستند، که آنها را در معرض پیامدهای منفی روانـی قـرار مـی دهـد. ایـن پیامدهای منفـی باعـث مـی‌شـود کـه مـادران گـرایش بیشـتر بـه اسـتفاده از شـیوه‌هـای انعطـاف‌ناپـذیر والـدگری داشـته باشند و کمتـر از برنامه‌هـای درمـانی و خدمات ارایه شده برای بهبود کودکان آنها بهره ببرند (کوالکوفسکی،[2] ۲۰۱۲). از دیدگاه فلدمن و اشنایدر[3] (۲۰۰۵) و بر پایه نظریه اشنایدر، می‌توان گفت که برخوردار بودن از یک تفکر امیدوارانه و داشتن منابع کافی برای رسیدن به اهداف سبب معنی‌دار شدن زندگی می‌شود (سلیمی، عباسی، زهراکار و همکاران، ۱۳۹۶).

نتایج مطالعات تانگ، لی و شو[4](۲۰۲۱) حاکی از آن است که بین بهزیستی روان‌شناختی والدین، توانایی کنترل تفکر منفی و افسردگی مادران و تلاش و موفقیت تحصیلی فرزندان ارتباط معنی داری وجود دارد.مطالعات اندکی بررسی کرده اند که چگونه نتیجه تحصیلی کودکان در سنین مدرسه با بهزیستی والدین مرتبط است. با توجه به اینکه یادگیری و مطالعه تمرکز اصلی بیشتر کودکان است، این موضوع یکی از شاخص های اصلی والدین برای سنجش پیشرفت و رشد فرزندان و پیش بینی آینده فرزندان آنها می شود. امروزه در نتیجه تعداد فرزندان کمتری که در یک خانواده وجود دارد، موفقیت فرزندان برای والدین برجسته می شود. والدین بیشتر از قبل درگیر آموزش فرزندان خود هستند. به عنوان مثال، برای اطمینان از بالاترین موفقیت تحصیلی، والدین تمایل به صرف وقت و هزینه دارند تا به کودکان کمک کنند مهارت های شناختی خود را در داخل و خارج از خانه، از قبیل تدریس خصوصی و بعد از مدرسه، توسعه دهند (ژانگ و زی،[5]۲۰۱۶). علاوه بر این، به دلیل گسترش ایده "والدین مسئولیت پذیر"، والدین امروزه زمان قابل توجهی را صرف نظارت بر فعالیت های فرزندان خود در طول عصرها و تعطیلات آخر هفته می کنند. علاوه بر این، ارزشهای فرهنگی مرتبط با مادری برای زنان نیز تغییر کرده است. مادر ایده آل شامل نه تنها خانه داری و مراقبت از کودک بلکه مراقبت های فزاینده نیز می شود (اسنایدر و همکاران،[6] ۲۰۰۴). انتظار می رود والدین به کودکان کمک کنند تا از موانع مختلف زندگی عبور کنند. یعنی والدین از طریق سرمایه های انسانی و اجتماعی خود در تحصیل فرزندان شان سرمایه گذاری می کنند و به آنها کمک می کنند تا برای نقاط عطف مهم تصمیم بگیرند و ارزش های خود را تقویت کنند. تحت چنین روابط صمیمی و نزدیک والدین و کودک، موفقیت تحصیلی کودکان خردسال نقشی اساسی در شادی و استرس والدین خواهد داشت. (تانگ، لی و شو، ۲۰۲۱).

اختلال یادگیری دانش‌آموزان، ضربه‌های مخربی بر سازگاری و بهزیستی روانی خانواده‌های آن‌ها می‌گذارد و خانواده‌هایی که فرزندان آن‌ها به اختلال یادگیری ویژه دچارند دارای مشکلات سازشی بیشتر نسبت به والدین عادی هستند. علاوه بر این، این ناتوانی برخی از مشکلات روحی و روانی را برای والدین به ویژه مادران ایجاد می کند. این مادران میزان پرخاشگری بیشتری نشان می دهند و از رفاه روانشناختی کمتری برخوردار هستند. این امر بر عملکرد آموزشی فرزندان تأثیر می گذارد و مشکلات را تشدید می کند. بر این اساس، بهزیستی روانشناختی به عنوان یک عامل محافظ در برابر انزوای اجتماعی و افسردگی عمل می کند و یک مفهوم چند بعدی شامل تسلط بر محیط، پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، هدف از زندگی، رشد شخصی و خودمختاری است (دیره و عسگریان، ۲۰۲۱). تأثیر کودک

2 . George
3. Kowalkowski
4 Feldman& Snyder
5. Tong, Li, shu
6. Zhang , Xie
7. Shneider & et all

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.3.9]

دارای اختلال یادگیری ویژه بر خانواده یک تأثیر دو سویه است. والدین کودکان با اختلال یادگیری ویژه، به دلیل ناتوانی فرزندشان، فشار شدید روانی و اضطراب بالایی را تجربه می‌کنند و مستعد اختلال‌های خلقی مانند افسردگی و اضطراب هستند (دمیرچی، انصاری، قاضی و قمی، ۱۳۹۵). چنین پیامدهای سنگینی ضرورت ایجاب می‌کند تا در راستای بهزیستی روانشناختی مادران دارای فرزندان با اختلال یادگیری ویژه و عوامل پیش بینی کننده آن گام‌های مؤثری برداشته شود. این در حالی است که پیشینه تجربی در این راستا محدود است. از این رو هدف پژوهش حاضر پیش بینی بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان دارای اختلال یادگیری ویژه براساس میزان کمال‌طلبی و امید به زندگی آنان بود.

روش

پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی است. جامعه‌ی آماری این پژوهش را کلیه مادران دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری ویژه در شهرستان بناب تشکیل می‌دادند، که در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۳۹۸ جهت دریافت خدمات آموزش ویژه به مرکز اختلالات یادگیری مراجعه کرده‌اند. لذا روش نمونه‌گیری پژوهش حاضر، روش در دسترس است که براساس آن از میان مادران مراجعه کننده به مرکز اختلال یادگیری ۸۰ مادر دارای کودک مبتلا به اختلال یادگیری ویژه به عنوان آزمودنی انتخاب شدند. ملاک های ورود به پژوهش عبارت بود از نداشتن اختلال روانپزشکی و عدم مصرف داروهای روانپزشکی که با توجه به اظهارات خود آزمودنی‌ها بررسی شد. همچنین دریافت خدمات روانپزشکی و روان‌درمانی در حین مطالعه و پاسخ‌دهی ناقص به سوالات پرسشنامه‌ها از ملاک‌های خروج از پژوهش بودند. در زمان اجرای پژوهش، پس از دادن توضیحات لازم به مادران در خصوص هدف پژوهش، اهمیت موضوع و اهمیت پاسخ آن ها و دادن اطمینان به آنان مبنی بر محرمانه بودن اطلاعات اخذ شده از سوی آنان، از آزمودنی‌ها خواسته شد که با دقت ماده‌های آزمون‌ها را بخوانند و گزینه‌ای را که در مورد آن‌ها صدق می‌کند، انتخاب نمایند. در تحلیل داده‌ها، از روش‌های آماری توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد) و استنباطی (ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه همزمان) نرم افزار SPSS ۲۳ استفاده شد.

ابزار سنجش

مقیاس چندبعدی کمال‌طلبی (MPS)[1]: مقیاس چندبعدی کمال‌طلبی پرسشنامه‌ای است که در سال ۱۹۹۱ توسط هویت-فلت[2] ساخته شده است و در ایران توسط بشارت روی نمونه ایرانی هنجاریابی و اعتبار یابی شده است. این مقیاس یک آزمون ۳۰ سؤالی است که ده ماده اول آن کمال‌طلبی خودمدار، ده ماده دوم، کمال‌طلبی دیگرمدار و ده ماده آخر کمال‌طلبی جامعه‌مدار را مورد بررسی و ارزیابی قرار داده است. نمره‌گذاری این ابزار، در یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از نمره‌ی ۱ تا ۵ انجام می‌شود (۱= کاملاً مخالفم، ۲= مخالفم، ۳= نمی‌دانم، ۴=موافقم، ۵= کاملاً موافقم). چنانچه نمره فرد در این ابزار بین ۳۰ تا ۶۰ باشد، کمال‌طلب پایین، اگر بین ۶۰ تا ۹۰ باشد، کمال‌طلب در حد متوسط و اگر بین ۹۰ به بالا باشد، به‌عنوان فردی کمال‌طلب شناخته می‌شود. هویت و فلت (۱۹۹۱) در تحقیق خود بر روی یک نمونه‌ی ۲۶۳ نفری از بیماران، همسانی درونی مقیاس چندبعدی کمال‌طلبی خود را قابل‌قبول اعلام کردند، به‌طوری‌که به ترتیب برای ابعاد کمال‌طلبی خودمدار، دیگرمدار و جامعه‌مدار برابر با ۰/۸۸، ۰/۷۴ و ۰/۸۱ بوده است. پایایی باز آزمایی این ابزار برای ابعاد کمال‌طلبی خودمدار، دیگرمدار و جامعه مدار به ترتیب برابر با ۰/۶۹، ۰/۶۶ و ۰/۶۰ بوده است. روایی سازه برای این پرسشنامه طی مطالعه ی حق بین (۲۰۱۵) برای نمره ی کلی ۰/۹۳ و برای معیارهای شخصی ۰/۸۳ گزارش شد. در اعتباریابی مقدماتی فرم ایرانی این مقیاس بر روی یک نمونه‌ی دانشجویی توسط بشارت ضرایب همبستگی بین نمره‌های آزمودنی‌ها در دو نوبت با فاصله چهار هفته برای کمال‌طلبی خودمدار، ۰/۸۸، کمال‌طلبی دیگرمدار،۰/۸۳ و کمال‌طلبی جامعه‌مدار،۰/۸۰ رضایت‌بخش گزارش‌شده است. در این پژوهش نیز میزان پایایی ابزار بر اساس ضریب آلفای کرانباخ ۰/۸۱ محاسبه شد.

پرسشنامه امید به زندگی اشنایدر (SHS):[3] پرسشنامه توسط اسنایدر (۱۹۹۱) ساخته شده و دارای ۱۲ سؤال بوده و هدف آن ارزیابی میزان امید به زندگی در افراد می‌باشد. شیوه نمره‌گذاری آن بر اساس طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای از ۱ برای کاملا مخالفم تا ۵ برای کاملا موافقم بوده اما این شیوه نمره‌گذاری در مورد سؤالات شماره ۳، ۷ و ۱۱ معکوس شده و به‌صورت عکس درمی‌آید. برای به دست

1 . Multidimensional Perfectionism Scale
2. Hewitt-Flett
3. Snyder's Hope Scale

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.3.9]

آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات تک‌تک سؤالات را باهم محاسبه می‌نمایند. امتیازات بالاتر، نشان‌دهنده امید به زندگی بیشتر در فرد پاسخ‌دهنده خواهد بود و برعکس. روایی و پایایی این پرسشنامه توسط استادان رشته مدیریت و مطالعه آزمایشی دانشگاه مشهد و تربیت‌معلم مورد بررسی و تائید قرارگرفته است. در روایی همزمان اشنایدر و همکاران (۱۹۹۱؛ نقل از کرمانی و همکاران، ۱۳۹۰)، همبستگی این مقیاس با مقیاس افسردگی بک ۰/۴۴- گزارش شده است و در ایران در پژوهش کرمانی و همکاران (۱۳۹۰) روایی همزمان با محاسبه همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه افکار خودکشی ۰/۵۳- بدست آمده است. پایایی پرسشنامه توسط برایانت و ونگروس[1](۲۰۰۱) به روش همسانی درونی کل آزمون ۰/۷۹ تا ۰/۷۱ به دست آمده است و در ایران پایایی ابزار از دو طریق آلفای کرونباخ و روش دو نیم کردن به ترتیب ضرایب ۰/۹۰و ۰/۸۹ برآورد شده است (جاماسیان مبارکه و دوکانه‌ای فرد، ۱۳۹۶). در این پژوهش نیز میزان پایایی ابزار بر اساس ضریب آلفای کرانباخ ۰/۷۸ محاسبه شد.

مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف (RPWBS):[2] مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف که در سال ۱۹۸۰ نسخه ۱۸ سوال آن طراحی و اعتباریابی شده است، شش مؤلفه اصلی دارد که هر مؤلفه دارای سه سوال است. پاسخ به هر سؤال بر روی یک طیف شش درجه‌ای از کاملا مخالف تا کاملا موافق اندازه‌گیری می‌شود. سؤالات ۱، ۴ و ۶ عامل تسلط محیطی، سؤالات ۲، ۸ و ۱۰ عامل پذیرش خود، سوالات ۳، ۱۱ و ۱۳ رابطه مثبت با دیگران، سوالات ۵، ۴ و ۱۶ عامل داشتن هدف در زندگی، سؤالات ۷، ۱۵ و ۱۷ عامل رشد فردی و سوالات ۹، ۱۲ و ۱۶ عامل استقلال را می‌سنجد. سؤالات ۳، ۴، ۵، ۹، ۱۰، ۱۳، ۱۶ و ۱۷ بصورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمره بالاتر نشانگر بهزیستی روان‌شناختی بیشتر است. در پژوهش (ریف، ۱۹۸۹؛ نقل از بیانی و همکاران، ۱۳۸۷) جهت تعیین روایی مقیاس، همبستگی آن با مقیاس افسردگی زونگ محاسبه شده است و مقدار روایی آن ۰/۳۳- تا ۰/۶۰- گزارش شده است. در ایران در پژوهش بیانی و همکاران(۱۳۸۷) روایی همزمان با محاسبه همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه شادکامی ۰/۵۸ بدست آمده است. همسانی درونی این مقیاس با مقیاس ۸۴ سوالی، از ۰/۷ تا ۰/۸۹ در نوسان بوده است و پایایی مقیاس ۱۸ سوالی به روش آلفای کرونباخ بالاتر از ۰/۷۰ گزارش شده است (ریف، کیس و هوگس،[3] ۲۰۰۳). این پرسشنامه توسط بیانی و همکاران (۱۳۸۷) در ایران اعتباریابی شده است و ضریب پایایی ابزار به روش بازآزمایی ۰/۸۲ گزارش شده است. در این پژوهش هم ضریب پایایی ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۹ محاسبه شد.

یافته ها

نمونه مورد بررسی در پژوهش حاضر، با دامنه سنی بین ۵۳-۲۶ و شامل ۸۰ نفر از مادران کودکان مبتلا به اختلال یادگیری ویژه بودند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان در پژوهش، ۳۷/۳۹ و انحراف معیار آن ۷/۶۹ بود. از نظر تحصیلات ۳۲/۵ درصد ابتدایی، ۱۷/۵ درصد دیپلم، ۲۵ درصد کاردانی، ۱۸/۷۵ درصد کارشناسی و ۶/۲۵ درصد کارشناسی ارشد بودند. در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

جدول۱. شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد
کمال‌طلبی‌خودمدار	۲۸/۹۲	۷/۴۸
کمال طلبی دیگر مدار	۳۲/۴۳	۷/۷۸
کمال‌طلبی جامعه‌مدار	۳۰/۸۳	۸ /۵۵
امید به زندگی	۳۹/۷۰	۷/۳۹
بهزیستی روانشناختی	۷۳/۷۳	۱۰/۹۳

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین متغیر کمال‌طلبی‌خودمدار ۲۸/۹۲ و انحراف‌استاندارد آن ۷/۴۸ می‌باشد. میانگین متغیر کمال‌طلبی‌دیگرمدار ۳۲/۴۳ و انحراف‌استاندارد آن ۷/۷۸ می‌باشد. میانگین متغیر کمال‌طلبی‌جامعه‌مدار ۳۰/۸۳ و انحراف‌استاندارد

1. Bryant and Vangros
2. Ryff Psychological Well-being Scale
3. Ryff., Keyes, & Hughes

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.3.9]

آن ۸/۵۵ می‌باشد. میانگین متغیر امید به زندگی ۳۹/۷۰ و انحراف‌استاندارد آن ۷/۳۹ و همچنین میانگین متغیر بهزیستی روان‌شناختی ۷۳/۷۳ و انحراف‌استاندارد آن ۱۰/۹۳ است.

جدول ۲. ماتریس ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵
۱. کمال‌طلبی‌خود مدار	۱/۰۰				
۲. کمال‌طلبی‌دیگرمدار	۰/۵۶*	۱/۰۰			
۳. کمال‌طلبی‌جامعه‌مدار	۰/۵۱*	۰/۶۵*	۱/۰۰		
۴. امید به زندگی	-۰/۲۵*	-۰/۲۴*	-۰/۳۱*	۱/۰۰	
۵. بهزیستی روانشناختی	-۰/۴۱*	-۰/۲۵*	-۰/۴۰*	۰/۶۰*	۱/۰۰

* $P \leq ۰/۰۱$

براساس جدول ۲ که ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش آورده شده است. در سطح $P \leq ۰/۰۱$، بین برخی متغیرهای مستقل پژوهش با بهزیستی روان‌شناختی رابطه‌ای معنادار برقرار است. به این صورت که بهزیستی روان‌شناختی با کمال‌طلبی‌خودمدار، کمال‌طلبی‌دیگرمدار و کمال‌طلبی‌جامعه‌مدار رابطه منفی و با امید به زندگی، رابطه مثبت دارد. قبل از انجام تحلیل رگرسیون چندگانه، برقرار بودن مفروضات اصلی آن بررسی شد. برای ارزیابی مفروضه هم‌خطی بودن، شاخصِ عامل تورم واریانس[1](VIF) و شاخص تحمل[2] (شاخص تلورانس) بررسی شد. بازه بهینه برای VIF، مقادیر عددی بین ۱ تا ۵ و برای شاخص تحمل، مقادیر بین ۰/۵ تا ۱ است. VIF و شاخص تحمل متغیرهای پژوهش به ترتیب کوچک‌تر از ۵ و ۱ می‌باشند. بنابراین مفروضه مزبور در بین متغیرهای پیش‌بین برقرار است. همچنین ارزش شاخص دوربین – واتسون[3] برابر با ۱/۶۲ به دست آمد که در محدوده ۱/۵ تا ۲/۵ قرار دارد و نشان‌دهنده استقلال داده‌های متغیرهای پیش‌بین می‌باشد.

جدول۳. خلاصه تحلیل رگرسیون گام به گام بهزیستی روان‌شناختی براساس متغیرهای امید به زندگی و کمال‌طلبی خودمدار

متغیر ملاک	گام	متغیر پیش بین	R	R^2	تعدیل R^2	std
بهزیستی روان‌شناختی	اول	کمال‌طلبی‌خودمدار	۰/۴۱	۰/۱۷	۰/۱۶	۱۰/۰۳
	دوم	کمال‌طلبی‌خودمدار امید به زندگی	۰/۶۶	۰/۴۴	۰/۴۲	۸/۲۸

در جدول ۳ خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه به روش گام به گام نشان داده شده است. نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که در گام اول متغیر کمال‌طلبی‌خودمدار و در گام دوم متغیر امید به زندگی وارد معادله شده است. ضریب تبیین (r^2=۰/۴۴) بیانگر آن است که کمال‌طلبی‌خودمدار و امید به زندگی با تبیین ۴۴ درصد واریانس، بهزیستی روان‌شناختی را مورد پیش‌بینی قرار داده‌اند.

جدول ۴. آزمون معناداری رابطه خطی بین بهزیستی روان‌شناختی و متغیرهای امید به زندگی و کمال‌طلبی خودمدار

متغیر ملاک	گام	متغیر پیش‌بین	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح‌معنی داری
بهزیستی روانشناختی	اول	کمال‌طلبی‌خودمدار	رگرسیون	۱۶۶۱/۸۴	۱	۱۶۶۱/۸۴	۱۶/۵۱	۰/۰۱
			باقی مانده	۷۸۴۷/۷۰	۷۸	۱۰۰/۶۱		
			کل	۹۵۰۹/۵۵	۷۹			

1. Variance inflation factor
2. tolerance
3. Durbin-Watson

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.3.9]

دوم	کمال‌طلبی‌خودمدار	رگرسیون	۴۲۱۹/۰۱	۲	۲۱۰۹/۵۰	۳۰/۷۰	۰/۰۱
	امید به زندگی	باقی مانده	۵۲۹۰/۵۳	۷۷	۶۸/۷۰		
		کل	۹۵۰۹/۵۵	۷۹			

نتایج جدول ۴ به منظور بررسی قطعیت وجود رابطه‌ی خطی بین متغیرهای امید به زندگی و کمال‌طلبی‌خودمدار با بهزیستی روان‌شناختی نشان داده شده است. این جدول حاکی از این است که آماره F مشاهده شده، در سطح آلفای یک درصد معنادار است ($P \leq ۰/۰۱$). بنابراین، فرض صفر رد می‌شود و با ۹۹ درصد می‌توان نتیجه گرفت که بین متغیرهای مورد بررسی رابطه‌ی خطی وجود دارد.

جدول ۵. جدول ضرایب رگرسیون رابطه بهزیستی روان‌شناختی با متغیرهای امید به زندگی و کمال‌طلبی خودمدار

متغیر ملاک	گام	متغیر پیش بین	ضرایب استاندارد نشده		ضرایب استاندارد شده		سطح‌معنی‌داری
			B	خطای معیار	Beta	t	
بهزیستی روانشناختی	اول	مقدار ثابت	۹۰/۹۳	۴/۳۹		۲۰/۷۰	۰/۰۱
		کمال‌طلبی خودمدار	-۰/۵۹۶	۰/۱۴	-۰/۴۱	-۴/۰۶	۰/۰۱
	دوم	مقدار ثابت	۵۳/۸۲	۷/۰۸		۷/۶۰	۰/۰۱
		کمال‌طلبی‌خودمدار	-۰/۴۰	۰/۱۲	-۰/۲۸	-۳/۲۲	۰/۰۱
		امید به زندگی	۰/۷۹	۰/۱۳	۰/۵۳	۶/۱۰	۰/۰۱

جدول ۵ ضرایب استاندارد نشده، استاندارد و میزان معنی‌داری برای گام‌های اول و دوم را نشان می‌دهد. در گام اول مقدار بتا در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی براساس کمال‌طلبی‌خودمدار که برابر با ۰/۴۱- است مورد بررسی قرار می‌گیرد که با توجه به میزان t به دست آمده در سطح ($P \leq ۰/۰۱$) معنادار است. به این معنی که با فرض ثابت بودن سایر متغیرها، به ازای هر تغییر در انحراف معیار نمره کمال‌طلبی‌خودمدار، به اندازه‌ی ۰/۴۱- انحراف معیار در نمره بهزیستی روان‌شناختی تغییر ایجاد خواهد شد. در گام دوم متغیر امید به زندگی با حفظ اثر کمال‌طلبی‌خودمدار، به معادله اضافه می‌شود. مقدار بتا در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی براساس امید به زندگی برابر با ۰/۵۳ است که با توجه به میزان t در سطح ($P \leq ۰/۰۱$) معنادار است. به این معنی که با فرض ثابت بودن سایر متغیرها، اگر نمره امید به زندگی، یک انحراف معیار افزایش پیدا کند، می‌توان پیش‌بینی کرد که نمره بهزیستی روانشناختی نیز به اندازه ۰/۵۳ انحراف معیار، افزایش خواهد یافت.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی مادران دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری ویژه بر اساس میزان کمال‌طلبی و امید به زندگی آنان بود. نتایج حاصل ازاین پژوهش نشان داد امید به زندگی رابطه مستقیم و معنادار با بهزیستی روانشناختی دارد. در حالی که کمال‌طلبی خودمدار رابطه معکوس معناداری با بهزیستی روان‌شناختی دارد. به علاوه یافته‌ها نشان داد که دو بُعد دیگر کمال‌طلبی (کمال‌طلبی دیگرمدار و جامعه‌مدار) با بهزیستی روان‌شناختی رابطه معناداری ندارند. اما در کل امید به زندگی و کمال‌طلبی خودمدار پیش‌بینی کننده معنادار بهزیستی روان‌شناختی در مادران دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری ویژه هستند.

در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر شایان ذکر است که بهزیستی روانشناختی شامل دریافت‌های فرد از میزان هماهنگی بین هدف‌های معین و ترسیم شده با پیامدهای عملکردی است که در فرایند ارزیابی‌های مستمر به دست می‌آید و به رضایت درونی و نسبتاً پایدار در توالی زندگی منتهی می‌شود. این یافته با نتایج تحقیقات فورجراد و همکاران (۲۰۱۱)، کوبزانسکی و همکاران (۲۰۱۸)، لمبرت و همکاران (۲۰۱۵)، خسروشاهی و هاشمی (۱۳۹۰) و بانگا و گووش (۲۰۱۷) همسو است. یکی از مهمترین مدل‌هایی که بهزیستی روانشناختی را مفهوم‌سازی و عملیاتی کرده، مدل چند بعدی ریف و همکاران است. ریف و همکارانش الگویی از بهزیستی روانشناختی یا بهداشت روانی

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.3.9]

مثبت را ارائه کرده اند که از ۶ عامل: پذیرش خود (داشتن نگرش مثبت نسبت به خود)، رابطه مثبت با دیگران (برقراری روابط گرم و صمیمی با دیگران و توانایی همدلی)، خود کنترلی (احساس استقلال و توانایی ایستادگی در مقابل فشارهای اجتماعی)، زندگی هدفمند و امید به آینده (داشتن هدف و امید در زندگی)، رشد شخصی (احساس رشد مستمر) و تسلط بر محیط (توانایی فرد در مدیریت محیط) تشکیل شده است. امید به زندگی دو مؤلفه‌ی شناختی (انتظار روی دادن وقایعی در آینده) و عاطفی (برای مثال امید به این‌که این رویدادها رویدادهایی مثبت و دارای پیامدهای مطلوبی باشند) دارد که مؤلفه‌ی عاطفی آن می‌تواند پیش‌بینی کننده‌ی وقوع رویدادهای مثبت در آینده و در نتیجه افزایش سلامت روانی باشد. برخوردار بودن از یک تفکر امیدوارانه و داشتن منابع کافی برای تفکر هدف مدار، سبب بهزیستی روان شناختی در افراد میشود به عبارت دیگر افزایش امید به زندگی باعث بهزیستی روانشناختی بیشتر در زندگی میگردد . بنابراین، کارکرد امید در زندگی به عنوان یک مکانیزم حمایتی است و باعث رشد و پیشرفت کیفیت زندگی انسان میشود. امید به زندگی باعث تقویت اعتماد به نفس، خودکارآمدی و بهزیستی روانشناختی در افراد می‌شود و آموزش امید، در توانمندسازی افراد در حوزه های بهزیستی روانشناختی نقش عمده‌ای ایفا میکند.؛ درنتایج پژوهش بهامینی و همکاران (۲۰۱۵)، ابعاد بهزیستی روانشناختی (تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، پذیرش خود و خودمختاری) با ناأمیدی و افسردگی رابطه منفی و معناداری دارد. به‌عبارت دیگر، بین این دو یک رابطه‌ی تعاملی به وجود می‌آید که افزایش امید، باعث بهزیستی روانی بیشتر در زندگی می‌شود.

یافته‌های پژوهش حاضر، با یافته‌های جورج (۲۰۱۰)، خسروی و همکاران (۱۳۹۸)، میکائیلی، گنجی و طالبی (۱۳۹۱)، کریستین، بریجز، هانت، اوریتز و همکاران (۲۰۲۱)، پاور و همکاران (۲۰۱۱) و موئاتو، نیلکا، وست و ریس (۲۰۱۹) همخوانی دارد. نتایج نشان می دهد که اگرچه کمال‌طلبی خودمدار و انتقاد از خود به طور معناداری با یکدیگر رابطه مثبت دارند، اما روابط متضادی با پیشرفت هدف گزارش شده نشان می‌دهند. چرا که انتقاد از خود با پیشرفت هدف رابطه منفی دارد، در حالی که کمال‌طلبی خودمحور با پیشرفت هدف در هنگام کنترل خودانتقادی رابطه مثبت دارد. بنابراین، شرکت کنندگان وقتی در انتقاد از خود نمره بالاتری بگیرند. پیشرفت هدف کمتری را گزارش می کنند و وقتی در کمال‌طلبی خودمحور، نمره بالاتری را اخذ کنند، پیشرفت هدف بیشتری را گزارش می کنند. نتایج ما نشان داد که کمال‌طلبی خودمحور به طور قابل توجهی با پیشرفت هدف گزارش شده ارتباط مثبتی دارد. اگرچه این رابطه مثبت از دیدگاه استوبر و اوتو (۲۰۰۶) مبنی بر اینکه تلاش های کمال‌طلبی ممکن است عملکرد را ارتقا بخشد، پشتیبانی می کند، اما قابل ذکر است که قدرت پیامدهای منفی انتقاد از خود، بسیار بیشتر از پیامدهای مثبت کمال‌طلبی خودمحور است. اگر اصطلاحات استوبر و اوتو (۲۰۰۷) را اتخاذ کنیم، براساس این الگو نتایج نشان می دهد که پیامدهای مضر نگرانی های کمال‌طلبانه (حداقل در زمینه دنبال کردن هدف خود گزارش شده) و پیامدهای مفید تلاش های کمال‌طلبی به راحتی قابل مشاهده هستند و این پیامدهای مفید فقط هنگام کنترل خودانتقادی پدیدار می شوند.

با توجه به موارد مطرح شده، چنین به نظر می‌رسد، این گروه از مادران اغلب اندوهی تجربه می‌کنند و نگرش متفاوتی به مشکلات فرزند خود دارند و درباره آن آمیختگی شناختی دارند؛ آن‌ها در اغلب موارد خودسرزنشگر هستند. همین عوامل زمینه کاهش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و به تبع آن کاهش امید به زندگی و بهزیستی روانشناختی را موجب می‌شوند. این گروه از مادران برای مقابله با مشکلات یادگیری و قبول مشکلات فرزندانشان و مقابله با مشکلات ایجاد شده در این زمینه به کمک نیاز دارند. لذا وضعیت روانشناختی آن‌ها، به عنوان افرادی که نقش مهمی در تحول عاطفی، هیجانی و اجتماعی فرزندان دارند، باید بیش از پیش مورد توجه قرار گیرد.

انجام پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی مواجه بود. از جمله نوع نمونه‌گیری (نمونه‌گیری در دسترس) و حجم نمونه پایین که قدرت تعمیم‌پذیری داده‌ها را کاهش می‌دهد. لذا پیشنهاد می‌شود، پژوهشگران در آینده تحقیقات مشابهی با حجم نمونه بالاتر و با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی انجام دهند، تا تعمیم‌پذیری یافته‌ها با قدرت بیشتری انجام گیرد. به علاوه به لحاظ کاربردی پیشنهاد می‌شود، با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، بهتر است در مراکز آموزش ویژه دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری ویژه، علاوه بر ارائه خدمات برای خود دانش‌آموز، خدمات آموزشی و روان‌شناختی در راستای ارتقا بهزیستی روانشناختی و امید به زندگی برای مادران این گروه از دانش‌آموزان نیز ارائه شود.

منابع

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.3.9]

بشارت، م؛ محمدی، ک؛ پورنقاش تهرانی، س؛ و حاتمی، ج. (۱۳۸۸). رابطه کمال‌گرایی و سخت کوشی با پاسخ های فیزیولوژیک ناشی از استرس. *روانشناسی معاصر، ۸ (۱)*، ۱۰-۳.

بیانی، ع؛ کوچکی، م؛ و بیانی، ع. (۱۳۸۷). روایی و پایایی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف. *مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۱۴(۲)*، ۱۵۱-۱۴۶.

پورطالب، ن؛ و میرنسب، م. (۱۳۹۶). پیش‌بینی اضطراب امتحان دانش‌آموزان دبیرستانی بر اساس ابعاد کمال‌گرایی آنان. *روان‌شناسی بالینی و شخصیت، ۱۵(۱)*، ۷۳-۸۳.

پورطالب، ن. (۱۳۹۹). طراحی برنامه آموزش پذیرش و تعهد و ارزیابی اثربخشی آن بر میزان تاب‌آوری، استرس و فرسودگی تحصیلی در دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری ویژه. *پایان‌نامه دکتری تخصصی*، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز.

تمنایی‌فر، م؛ و قیاسی، ا. (۱۳۹۷). مقایسه بهزیستی روانشناختی مادران دارای فرزندان کم توان ذهنی و مادران دارای فرزندان عادی. *پیشرفت‌های نوین در روانشناسی، علوم تربیتی و آموزش و پرورش، ۱(۱)*، ۱۸-۲۵.

جاماسیان مبارکه، آ؛ دوکانه ای فرد، ف. (۱۳۹۶). اثربخشی واقعیت درمانی گروهی بر افزایش تاب‌آوری، امید به زندگی و بهبودکیفیت زندگی زنان نابارور مرکز ناباروری صارم. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۸ (۲۹)، ۲۳۷-۲۶۲.

جمشیدی، ب؛ رزمی، م؛ حقیقت، ش؛ و سامانی، س. (۱۳۸۷). رابطه انسجام و انعطاف پذیری خانواده با ابعاد کمال‌طلبی. *روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. ۱۴(۲)*، ۱۹۹-۲۰۵.

خسروشاهی، ج؛ و هاشمی، ت. (۱۳۹۰). رابطه‌ی امید به زندگی و تاب‌آوری با بهزیستی روان‌شناختی در دانشجویان. *اندیشه و رفتار روان‌شناسی بالینی*. ۶ (۲۲)، ۵۰-۴۱.

خسروی، ا؛ حسین‌زاده، ب؛ شجاعی، ع؛ و صادقی، ج. (۱۳۹۸). نقش میانجی‌گری هوش اخلاقی در رابطه کمال‌طلبی و امید به زندگی مدیران دانشگاه. *فصلنامه اخلاق در علوم و فناوری*، ۴(۲)، ۱۶۲-۱۶۹.

دمیرچی، ا؛ انصاری، م؛ قاضی، ف؛ و قمی، م. (۱۳۹۵). مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و رضایت زناشویی در مادران کودکان دارای اختلال یادگیری خاص و مادران کودکان عادی. *ناتوانی‌های یادگیری*، ۶ (۱)، ۹۹-۸۰.

سلیمی، آ؛ امیرعباسی، ا؛ زهراکار، ک؛ طامه، ب؛ و داورنیا، ر. (۱۳۹۶). تاثیر امید درمانی به شیوه گروهی بر تاب‌آوری مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اتیسم. *ارمغان دانش، ۲۲(۳)*، ۳۵۰-۳۶۳.

طاهری، م. (۱۳۹۱). رابطه سبک دلبستگی و امید به زندگی در مادران دارای فرزند پسر کم توان ذهنی آموزش پذیر. *اصول بهداشت روانی، ۱۴(۵۳)*، ۳۵-۲۴.

قاسمی، ن؛ کجباف، م؛ و ربیعی، م. (۱۳۹۰). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهزیستی ذهنی و سلامت روان. *روانشناسی بالینی، ۳(۲)*، ۳۲-۲۴.

کرمانی، ز.، و خداپناهی، م.، و حیدری، م. (۱۳۹۰). ویژگی های روان سنجی مقیاس امید اسنایدر. روان شناسی کاربردی, *۵ (۳)*, ۷-۲۳.

کریمی‌زاده، آ؛ مهنام، ا؛ یزدچی، م؛ و بشارت، م. (۱۳۹۲). رابطه کمال‌گرایی و ساختار مغز. *روانشناسی معاصر، ۸ (۱)*، ۱۰-۳.

میکاییلی، ن.، و گنجی، م.، و طالبی جویباری، م. (۱۳۹۱). مقایسه تاب آوری, رضایت زناشویی و سلامت روان در والدین با کودکان دارای ناتوانی یادگیری و عادی. ناتوانی های یادگیری, *۲(۱)*, ۱۳۷-۱۲۰.

نعمتی، ش؛ و تقی‌پور، ک. (۱۳۹۷). کاربرد تکنولوژی کمکی در حوزه اختلال‌های یادگیری ویژه: مطالعه میان رشته‌ای. *روان‌شناسی افراد استثنایی، ۸ (۳۲)*، ۴۵-۱۵.

نعمتی، ش؛ مهدی‌پور، ف؛ و غباری بناب، ب. (۱۳۹۵). دلبستگی به خدا و تاب آوری در مادران کودکان کم توان ذهنی و عادی. *روان‌شناسی افراد استثنایی، ۶ (۲۳)*، ۲۱۵-۱۹۹.

Banga, G., & Ghosh, S. (2017). The impact of affiliate stigma on the psychological well-being of mothers of children with specific learning disabilities in India: The mediating role of subjective burden. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, *30*(5), 958-969.

Bhamani, M. A., Khan, M. M., Karim, M. S., & Mir, M. U. (2015). Depression and its association with functional status and physical activity in the elderly in Karachi, Pakistan. *Asian journal of psychiatry*, *14*, 46-51.

Burn, D. D. (1980a). *Feeling good: The new mood therapy*. New York: New American Library.

Christian, C., Bridges-Curry, Z., Hunt, R. A., Ortiz, A. M. L., Drake, J. E., & Levinson, C. A. (2021). Latent profileanalysis of impulsivity and perfectionism dimensions and associations with psychiatric symptoms. *Journal of Affective Disorders*, *283*, 293-301.

Deyreh, E., & Asgarian, S. (2021). Effectiveness of Emotion-focused Therapy-based Enrichment Program on Psychological Well-being, Marital Relationship Quality and Marital Satisfaction in Mothers of Children with Specific Learning Disabilities. *Razavi International Journal of Medicine*, *9*(1), 63-68.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.3.9]

Feldman, D. B., & Snyder, C. R. (2005). Hope and the meaningful life: Theoretical and empirical associations between goal–directed thinking and life meaning. *Journal of social and clinical psychology*, *24*(3), 401-421.

Forgeard, M. J., Jayawickreme, E., Kern, M. L., & Seligman, M. E. (2011). Doing the right thing: Measuring wellbeing for public policy. *International journal of wellbeing*, *1*(1), 79-106.

George, L. K. (2010). Still happy after all these years: Research frontiers on subjective well-being in later life. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, *65*(3), 331-339.

Haghbin, M. (2015). *Conceptualization and operationalization of delay: Development and validation of the multifaceted measure of academic procrastination and the delay questionnaire* (Doctoral dissertation, Carleton University).

Hollender, M. H. (1978). Perfectionism, a neglected personality trait. *The Journal of clinical psychiatry*, *39*(5), 384-384.

Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology: A Journal of Human Behavior*, 15(1), 27–33.

John, O. P., Robins, R. W., & Pervin, L. A. (Eds.). (2010). *Handbook of personality: Theory and research*. Guilford Press.

Kowalkowski, J. D. (2012). The impact of a group-based acceptance and commitment therapy intervention on parents of children diagnosed with an autism spectrum disorder.

Kubzansky, L. D., Huffman, J. C., Boehm, J. K., Hernandez, R., Kim, E. S., Koga, H. K., ... & Labarthe, D. R. (2018). Positive sychological well-being and cardiovascular disease: JACC health promotion series. *Journal of the American College of Cardiology*, *72*(12), 1382-1396.

Moate, R. M., Gnilka, P. B., West, E. M., & Rice, K. G. (2019). Doctoral student perfectionism and emotional well-being. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, *52*(3), 145-155.

Powers, T. A., Koestner, R., Zuroff, D. C., Milyavskaya, M., & Gorin, A. A. (2011). The effects of self-criticism and self-oriented perfectionism on goal pursuit. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *37*(7), 964-975.

Lambert, L., Passmore, H. A., & Holder, M. D. (2015). Foundational frameworks of positive psychology:Mapping well-being orientations. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, *56*(3), 311.

Ryff, C. D., Keyes, C. L., & Hughes, D. L. (2003). Status inequalities, perceived discrimination, and eudaimonic well-being: Do the challenges of minority life hone purpose and growth?. *Journal of health and Social Behavior*, 275-291.

Saricaoglu, H., & Arslan, C. (2013). An Investigation into Psychological Well-Being Levels of Higher Education Students with Respect to Personality Traits and Self-Compassion. *Educational Sciences: Theory and Practice*, *13*(4), 2097- 2104.

Schneider MC, Castillo Salgado C, Bacallao C, Loyola E, Mujica OJ, Vidaurre M, Roca A. (2005) Métodos de medición de las desigualdades de salud (Parte II). Boletín Epidemiológico;26(1):5-10.

Stoeber, J., Harris, R. A., & Moon, P. S. (2007). Perfectionism and the experience of pride, shame, and guilt: Comparing healthy perfectionists, unhealthy perfectionists, and non-perfectionists. *Personality and Individual Differences*, *43*(1), 131-141.

Stoeber, J., Otto, K., Pescheck, E., Becker, C., & Stoll, O. (2007). Perfectionism and competitive anxiety in athletes: Differentiating striving for perfection and negative reactions to imperfection. *Personality and Individual Differences*, *42*(6), 959-969.

Tong, Y., Li, J. X., & Shu, B. (2021). Is children's academic performance valuable to parents? Linking children's effort vs. results and fathers' vs. mothers' subjective well-being. *Child Indicators Research*, *14*(2), 583-605.

Zhang, Y., & Xie, Y. (2016). Family background, private tutoring, and children's educational performance in contemporary China. *Chinese sociological review*, *48*(1), 64-82.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.3.9]